

# 『介護職員初任者研修』受講申込書

令和 年 月 日

フリガナ		性別	写真貼り付け 本人単身胸から上
氏名	印	男 ・ 女	
生年月日	年 月 日生	歳	
住所	〒 ー		
連絡先	自宅： ( )		
	携帯： ( )		
	緊急連絡先： ( )		
	お名前： 申込者との関係：		

支払い方法	<input type="checkbox"/> 一括（現金）	<input type="checkbox"/> 分割（ <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 5回 <input type="checkbox"/> 10回）
-------	---------------------------------	--

※申込者が未成年の場合は、親権者の同意が必要です。以下にもご記入下さい。

フリガナ		申込者との関係
親権者 氏名	印	
親権者 住所	〒 ー	
緊急連絡先	自宅 ・ 携帯 ・ 会社	TEL ( )

《アンケートにご協力ください。》

①受講の動機をお教えてください
<input type="checkbox"/> 介護職員・ヘルパーとして働きたい <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 介護の仕事をしているので仕事に活かしたい <input type="checkbox"/> 身内の介護に活かしたい <input type="checkbox"/> ボランティアとして活動したい <input type="checkbox"/> 知識として知っておきたい <input type="checkbox"/> その他 ( )
②この講座をどのようにしてお知りになりましたか？
<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 職場からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他 ( )

※ご記入頂いた個人情報は、研修以外の目的には使用いたしません。